

6

Tulotason mukaiset terveyserot

Terveydessä on suuria sosioekonomisen aseman mukaisia eroja. Vaikka monien muiden sosioekonomista asemaa kuvaavien tekijöiden, kuten koulutuksen, mukaisia terveyseroja on tarkasteltu varsin runsaasti, on tuloryhmien välisiä terveyseroja tutkittu vähemmän. Tässä luvussa kuvataan terveyden vaihtelua tuloryhmittäin, erojen ajallista kehitystä ja niiden taustalla olevia tekijöitä. Tarkastelussa on mukana useita erityyppisiä terveystilastoja, koetusta terveydestä kuolleisuuteen. Luvussa osoitetaan, että terveys vaihtelee tulotason mukaan useimmilla terveystilastoilla tarkasteltuna: heikoin terveydentila on alimmissa tuloryhmissä. Tässä luvussa tarkastelluista tilastoista suurimmat erot havaittiin menetetyissä elinvuosissa. Erot ovat pysyneet myös ajassa merkittävinä. Tuloryhmien väliset terveyserot eivät johdu vain eroista koulutuksen ja ammattiaseman kaltaisissa sosiaalisissa taustatekijöissä, vaan taustalla voivat olla myös muun muassa lapsuuden ja nuoruuden olot ja kokemukset. Tuloryhmittäisten terveyserojen kaventaminen edellyttää sekä rakenteellisen tason että yksilö- ja yhteisötason toimenpiteitä kansallisesti, alueellisesti ja paikallisesti.

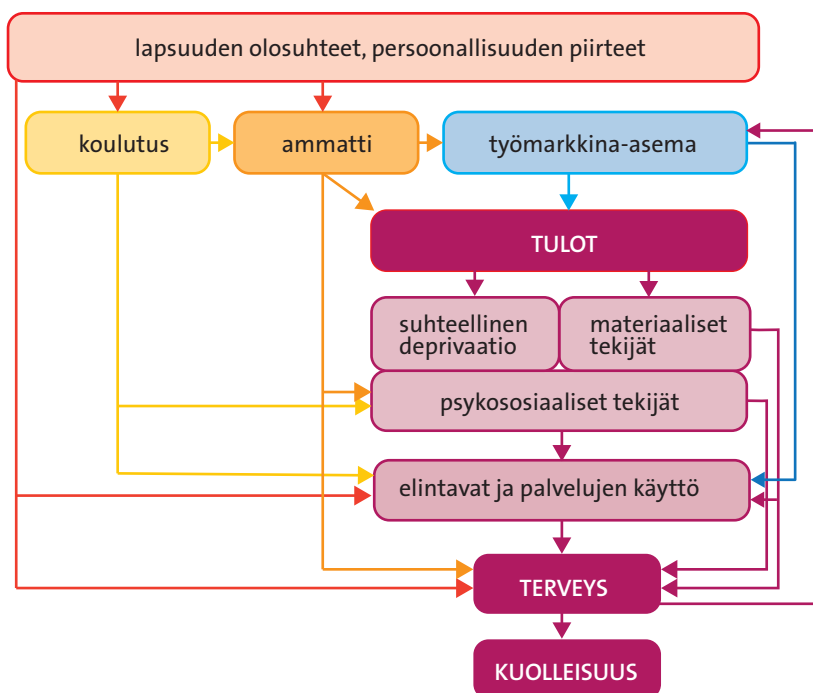
Suomalaisten terveys on yleisesti kehittynyt varsin myönteisesti viime vuosikymmenten aikana usean mittarin mukaan tarkasteltuna. Sitä mukaa kun kansantautien riskitekijät ovat vähentyneet, väestön yleinen terveydentila on kohentunut. Yksi merkittävä esimerkki terveydelle haitallisten elintapojen muutoksista on työikäisten ja nuorten tupakoinnin väheneminen kymmenen viime vuoden aikana (Kinnunen ym. 2017; Koponen ym. 2018). Myönteinen kehitys näkyy esimerkiksi elinajanodotteen pitenemisellä. Lisäksi suomalaiset kokevat terveytensä pääosin hyväksi ja pitkäaikaissairaiden osuus on pienentynyt. Edelleen esimerkiksi lapsi- ja imeväiskuolleisuus ovat Suomessa maailman pienimpiä ja lasten terveydentila yleisesti erittäin hyvä – kansainvälisestäkin tarkasteltuna. Toisaalta on myös kielteistä kehitystä: esimerkiksi työikäisten lihavuus ja eläkeikäisten humalajuominen on lisääntynyt, ja kohonnut verenpaine, psyykinen kuormittuneisuus ja masennus ovat väestössä yleisiä (Koponen ym. 2018).

Pääosin myönteisestä kehityksestä huolimatta terveys vaihtelee esimerkiksi sosioekonomisen aseman, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinalueen ja äidinkielen mukaan. Nämä erot ovat erityisen korostuneita sosioekonomisten ryhmien välillä, eli tarkasteltaessa terveyden vaihtelua esimerkiksi koulutuksen, ammattiaseman tai tulojen mukaisesti. Erot ovat johdonmukaisia ja ne näkyvät esimerkiksi kuolleisuudessa, somaattisessa sairastavuudessa ja koetussa terveydentilassa. Selviä sosiaaliryhmittäisiä eroja havaitaan myös terveystalouden käytössä sekä useissa terveyden kannalta haitallisissa elintavoissa. Sosioekonomiset terveyserot ovat Suomessa kansainvälisestäkin katsottuna suuria (OECD 2016, 73).

Terveyseroja on tutkittu pitkään ja ne ovat olleet myös politiikassa vahvasti esillä. Terveyden tasa-arvon näkökulmasta eriarvoisuus on sellaista terveyden vaihtelua, jonka voidaan katsoa olevan epäoikeudenmukaista ja myös vältettävissä. Kyse ei ole siis kaikista terveydessä havaituista eroista, vaan erityisesti sellaisista eroista, joiden syntyä ei voi pitää yksiselitteisesti ihmisten vapaan valinnan tuloksena ja joihin yhteiskunnalliset tekijät merkittävästi vaikuttavat. Vaikka terveyserojen kaventaminen on ollut suomalaisessa terveystaloudessa tärkeä painopistealue jo pitkään, erityisesti politiikkaohjelmien tasolla, ovat terveyden sosioekonomiset erot olleet varsin pysyviä ja jopa kasvaneet. Tässä luvussa tarkastellaan terveyden vaihtelua tulojen mukaisesti sekä rekisteriaineistojen että kyselytutkimusaineistojen valossa. Terveyttä mitataan usealla erilaisella tunnusluvulla sen eri ulottuvuuksien tavoittamiseksi (ks. liite 6.1).

Terveyden tuloryhmäeroja selittävät tekijät

Sosioekonomiset tekijät ovat monimutkainen kokonaisuus, jossa eri osatekijöiden vaikutus terveyteen välittyy useiden taustatekijöiden kautta. Yhteiskunnalliset rakenteet muokkaavat ihmisten elinympäristöjä, asumis- ja työoloja, elintapoja sekä sosiaali- ja terveystalouksia, joilla on puolestaan välitön yhteys terveyteen.



KUVIO 6.1. Tulojen ja terveyden välistä yhteyttä selittävät ja välittävät tekijät (muokattu Tarkiainen 2016, s. 25, pohjalta).

Kuvioon 6.1 on koottu olennaiset niistä tekijöistä, joiden on havaittu tai oletettu selittävän tai välittävän tulojen vaikutusta terveyteen. (Tarkiainen 2016; Karvonon ym. 2017.)

Tuloryhmien väliset erot terveydessä, elintavoissa ja palvelujen käytössä saattavat osittain heijastaa tulotasoa määrittävien tekijöiden - etenkin koulutuksen, ammatin ja työmarkkina-aseman - vaikutusta. Muita merkittäviä vastaavan tyyppisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja perherakenne, jotka on yksinkertaisuuden vuoksi jätetty pois kuviosta 6.1. Osa tuloryhmien välisistä terveyseroista voi myös juontaa juurensa jo yksilön elämänsä alkuvaiheisiin ja lapsuuden perhetilanteeseen. Lapsuuden ja nuoruuden olosuhteiden on havaittu vaikuttavan terveyden ja hyvinvoinnin kehittymiseen aikuiselle iälle asti sekä koulutuksen, ammatin ja tulojen kautta että myös muita reittejä. Esimerkiksi Suomessa vuoden 1987 syntymäkohortista tehtyjen tutkimusten mukaan pitkään toimeentulotukea saaneiden vanhempien lapset olivat 21 ikävuoteen mennessä joutuneet itsekin turvautumaan toimeentulotukeen, jäivät pelkän peruskoulun varaan ja käyttivät psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluja ja psykeenlääkkeitä huomattavasti yleisemmin kuin niiden vanhempien lapset, jotka eivät olleet saaneet toimeentulotukea (Paananen ym. 2012; ks. myös Kestilä ym. luku 7 tässä teoksessa vanhempien koulutuksen vaikutuksesta).

Yhdeksi tulojen ja terveyden yhteyttä välittäväksi tekijäksi on esitetty suhteellista deprivatiota eli kokemusta aineellisten resurssien niukkuudesta verrattuna henkilölle tärkeään viiteryhmään. Tämä vertailu voi vaikuttaa haitallisesti terveyteen esimerkiksi psykobiologisten tai -sosiaalisten mekanismien kautta. Psykobiologiisiin mekanismeihin kuuluvat esimerkiksi stressin fyysiset vaikutukset, ja psykososiaalisilla mekanismeilla puolestaan viitataan eroihin esimerkiksi koetussa sosiaalisessa arvostuksessa sekä sosiaalisissa suhteissa ja tuessa. Esimerkiksi luottamuksen ja arvostuksen kokemukset jakautuvat Suomessa sosiaalisen aseman mukaan (Maunu 2014). Tulot ja muut sosioekonomisen aseman ulottuvuudet sekä niihin liittyvät perinteet, arvot, asenteet ja sosiaaliset verkostot ohjaavat vahvasti elintapoja (esim. Laaksonen ym. 2003; Saarela ym. 2015).

Sosiaalista vertailua ja sen aiheuttamaa stressiä on esitetty myös yhdeksi keskeiseksi selitykseksi havainnoille tuloerojen ja terveyserojen yhteyksistä aluetasolla (Wilkinson & Pickett 2006; Pickett & Wilkinson 2015; Rambotti 2015; Wilkinson & Pickett 2018). On kuitenkin epäselvää, millä alue- tai yhteisötasolla vertailu tapahtuisi eli keihin ihmiset omaa asemaansa vertaavat. Tulo- ja terveyseroja onkin tarkasteltu laajasti eri tasoilla, mutta tulokset vaihtelevat verraten paljon. Tuloerojen ja terveyserojen kehitys ei ole suoraviivaista. Esimerkiksi Suomessa terveyserojen kehitys ei ole seurannut johdonmukaisesti tuloerojen muutoksia, vaikka pääpiirteissään näin onkin (Hiilamo 2014). Kun Suomi kuitenkin lukeutuu maihin, joissa terveyserot ovat suuret, vaikka tuloerot edelleen ovat pienet, sosiaalisen vertailun mekanismi ei voi selittää ainakaan kokonaan havaittuja eroja.

Stressin lisäksi selittäjäksi onkin tarjottu materiaalisia tekijöitä (köyhyys sinänsä) tai institutionaalisia tekijöitä eli ”hyvinvointirakenteita” (mm. palvelujärjestelmä, koulutusjärjestelmä). Materiaalinen selitys viittaa teoriaan, jonka mukaan köyhyydestä sinänsä aiheutuu monia kielteisiä seurauksia ihmisten elinoloille ja elämäntavalle, joten terveyden tulosidonnaisuus tulee ymmärrettäväksi tätä kautta. Aineelliset tekijät vaikuttavat tuloryhmien välisiin terveyseroihin esimerkiksi kulutusmahdollisuuksien ja asumisen kautta. Absoluuttisen tuloköyhyyden yleisyydestä Suomessa kertoo esimerkiksi se, että vuonna 2017 runsas neljännes 20–54-vuotiaista ja noin 15 prosenttia 55–74-vuotiaista suomalaisista ilmoitti joutuneensa rahan puutteen vuoksi tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärissäkäynnistä (Pentala-Nikulainen ym. 2018).

Materiaalinen selitysmalli selittää kuitenkin lähinnä sitä, että pienituloisimpien terveys on korkeampituloisia huonompi. Malli ei sen sijaan kykene selittämään useissa tutkimuksissa havaittua terveyden asteittaista paranemista tulotason noustessa. Yksi mahdollinen välittävä tekijä on palvelujärjestelmä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöllä ja palveluista saadulla hyödyllä on osoitettu olevan vahva yhteys sosioekonomiseen asemaan sekä aineellisista että kulttuurisista syistä johtuen. Korkeammat tulot mahdollistavat suuremman terveyspalvelujen kulutuksen: suurituloiset kuluttavat pienituloisia enemmän esimerkiksi yksityisiä terveys-

palveluja. Lisäksi esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmä ei aina kohtelee ihmisiä tasa-arvoisesti. Resurssit ovat siis sekä epätasa-arvoisesti saatavilla että käytössä (Sihto ym. 2007).

On myös syytä muistaa, että terveyden ja tulojen suhde on ainakin osittain kaksisuuntainen (esim. Erdil & Yetkiner 2004). Valikoitumishypoteesin mukaan terveyden ja tulojen välinen suhde voi selittyä pitkälti terveyden vaikutuksella henkilön tulokehitykseen, sillä huonosta terveydestä kärsivillä on heikommat mahdollisuudet ansaita. Vaikka taloudellisen aseman vaikutus terveyteen on voimakkaampi kuin terveyden vaikutus taloudelliseen asemaan, erityisesti keski-ikässä ja sen jälkeen terveysongelmat voivat kuitenkin johtaa tulojen menetykseen.

Aineistot ja menetelmät

Tässä luvussa esitetyt tulokset perustuvat kolmeen aineistoon: Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen Tilastokeskukselta tilaamaan Elinolot ja kuolemansyyt (EKSY) -rekisteriaineistoon, Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut 2014 (HYPA) -kyselytutkimukseen sekä Aikuisten terveys, hyvinvointi ja palvelututkimukseen vuosilta 2013–2015 (ATH).

Kuolleisuutta kuvaavat tunnusluvut (PYLL ja elinajanodote, ks. kuvaukset tarkemmin liitteestä 6.1) perustuvat EKSY-rekisteriaineistoon, joka on muodostettu kansallisista rekistereistä koottuja tietoja yhdistämällä. Laskelmat on tehty THL:ssä, ja tiedot on julkaistu THL:n Terveystemme.fi -palvelussa.

Kyselytutkimusten avulla esitellään itse ilmoitettujen terveysongelmien ja oikeiden tuloryhmäeroja (ks. tarkemmin muuttujista liitteessä 6.1). *Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut* (HYPA) -tutkimus on THL:n aikuisväestölle suunnattu kyselytutkimus, jonka aineistot kerättiin vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Terveystiedot kysyttiin puhelimitse ja vastaajien tulotiedot täydennettiin rekistereistä. Aineisto edustaa 18–79-vuotiaita Suomessa vakituisesti asuvia henkilöitä. Viimeisimmässä, vuoden 2013 aineistossa oli 4 226 vastaajaa ja vastanneiden osuus oli 72,3 prosenttia. *Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus* (ATH, sittemmin FinSote) on THL:n toteuttama kyselytutkimus, jonka avulla seurataan hyvinvoinnissa, terveydessä, palvelujen tarpeessa, palvelujen käytössä ja niiden riittävydessä tapahtuneita muutoksia väestössä ja eri väestöryhmissä. Tutkimus käynnistyi vuonna 2010, ja se toteutetaan vuosittain kansallisena (otoskoko 10 000). Joka neljäs vuosi otoskokoa kasvatetaan yhteistyössä alueiden ja kuntien kanssa niin, että muutoksia voidaan seurata myös kunta- ja aluetasolla. Tässä luvussa on käytetty vuosien 2013–2015 aineistoja, joissa vastanneiden osuus oli 53 prosenttia.

Terveyden tuloryhmittäiset erot eri terveysvasteilla

Terveydentilaa on hyödyllistä tarkastella usean indikaattorin avulla terveyden eri ulottuvuuksien tavoittamiseksi. Kuolleisuus on ehdottomin huonon terveyden osoitin, mutta se kuvastaa useimmissa tapauksissa elämänsäajan mittaan kasautuneiden vaikutusten päätepidettä, eikä tavoita esimerkiksi eroja terveenä eletyissä vuosissa. Kuolinsyiden mukainen tarkastelu kuvaa kokonaiskuolleisuutta vivahteikkaammin kuolemaan johtanutta kehitystä. Esimerkiksi itsemurhan taustalla on erilaisia tekijöitä kuin vaikkapa verenkiertoelinten tautikuolleisuuden.

Terveydentilaa voidaan tarkastella myös omaan arvioon perustuen koettuna terveytenä, tai ihmisten ilmoittamien oireiden, lääkärin toteamien sairauksien tai mielenterveyttä kuvaavien indikaattoreiden avulla. Näissä terveysvasteissa havaittuja tuloryhmien välisiä eroja on koottu taulukkoon 6.1.

Taulukossa 6.1 väestö on jaettu viiteen yhtä suureen tuloryhmään kotitalouden käytettävissä olevien tulojen mukaan ottaen huomioon niin sanotut kulutusyksiköt¹. Tuloryhmittäisten erojen suuruutta kuvataan alimman ja ylimmän tuloryhmän suhteella. Menetettyjen elinvuosien (PYLL-indeksi) kohdalla kaksi suurituloisinta viidennestä on taulukossa yhdistetty ylimmäksi tuloryhmäksi.

Ennenaikaista kuolleisuutta kuvaavassa PYLL-indeksissä (*Potential Years of Life Lost* eli menetetyt elinvuodet, ks. liite 6.1) tuloryhmien välinen suhteellinen ero on tarkasteltavista mittareista kaikkein selvin: alimmassa tuloviidenneksessä ikävälillä 25–80 vuotta menetettyjen elinvuosien määrä on yli kolminkertainen verrattuna suurituloisimpaan 40 prosenttiin. Erosta noin neljännes liittyy alkoholi-kuolemiin ja yhtä suuri osuus verenkiertoelinten tauteihin, tapaturmaiset kuolemat ja itsemurhat kattavat erosta yhteensä lähes viidesosan.

Tuloryhmien väliset erot ovat erityisen korostuneita alkoholiin liittyvissä kuolinsyissä: niiden vuoksi ikävälillä 25–80 vuotta menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 vastaavanikäistä kohti on alimmassa tuloviidenneksessä jaksolla 2012–2014 miltei kahdeksankertainen verrattuna suurituloisimpaan 40 prosenttiin. Verenkiertoelinten tauteihin liittyvissä kuolemissa vastaava luku on 3,6 ja syöpä-kuolemissa 1,7. Ennenaikaisen kuolleisuuden tuloryhmittäistä vaihtelua on tarkasteltu monipuolisemmin aikaisemmin julkaistussa raportissa, joka perustuu THL:n Terveytemme.fi -palvelussa esitettyihin tietoihin. (Parikka ym. 2017.)

Suuria suhteellisia tuloryhmien välisiä eroja ilmenee myös koetussa terveydessä ja mielenterveydeltään kuormittuneiden osuuksissa. Puhelinhaastatteluna tehdyn ja koko suomalaista väestöä edustavan Suomalaisten hyvinvointi ja pal-

1 Kotitalouden kulutusyksikkö: OECD:n kotitalouden kulutusyksikkökohtaisen tulon laskukavassa kotitalouden yhteenlasketut tulot jaetaan sen jäsenten määrällä ja painotetaan iän mukaan. Kulutusyksikkökohtainen tulo tekee mahdolliseksi erikokoisten ja eri-ikäisistä henkilöistä koostuvien kotitalouksien tulojen vertailun ja huomioi yhteiskäytöstä koituvan taloudellisen hyödyn. Kotitalouden ensimmäinen täysikäinen henkilö saa painoarvon 1, muut yli 17-vuotiaat painon 0,7 ja alle 18-vuotiaat painon 0,5. <http://www.oecd.org/eco/growth/OECD-NoteEquivalenceScales.pdf>

TAULUKKO 6.1. Tuloryhmittäiset erot eri terveystuloksissa sekä alimman ja ylimmän tuloryhmän suhde.

Terveystulokset	Tuloryhmittäiset erot eri terveystuloksissa					
	Ylin	Toiseksi ylin	Keskimmäinen	Toiseksi alin	Alin	Alin/ylin
Menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 henkilöä kohti (PYLL) ¹	5 181		7 261	11 008	16 713	3,2
Koettu terveys keskimääräinen tai huonompi ² , %	16,3	19,8	25,0	24,8	35,2	2,2
Koettu terveys huono ³ , %	10,9	12,5	13,4	16,7	18,4	1,7
Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus ³ , %	8,8	9,4	10,4	11,8	14,9	1,7
Vähintään neljä koettua oiretta ³ , %	28,1	28,4	32,0	34,6	35,9	1,3
Jokin vakava kansantauti ³ , %	58,7	61,2	63,0	66,7	62,3	1,1
Terveystulosten käyttö ⁴ , %	69,3	70,0	70,2	70,0	68,9	1,0

¹ Väestörekisteri- ja kuolleisuustiedot, Tilastokeskus; kaksi ylintä viidennestä yhdistetty, ² HYPA 2013,

³ ATH 2013–15, ⁴ ATH 2014.

velut (HYPA) -tutkimuksen mukaan keskimääräinen tai sitä huonompi koettu terveys oli vuonna 2013 yli kaksi kertaa yleisempää alimmassa tuloryhmittäisessä tuloryhmässä verrattuna. Samansuuntainen tulos saadaan myös vuosina 2013–15 kerätystä ATH-postikyselystä, mutta menetelmällisistä eroista johtuen tulokset eivät ole vertailukelpoisia. Silti tässäkin tunnusluvussa tuloryhmien väliset erot ovat merkittävät: huono koettu terveys vaihtelee 11 ja 18 prosentin välillä tuloryhmän mukaan vaihdellen (1,7-kertainen ero). Vastaavan suuruinen ero on myös mielen-terveydessä, jota kuvataan tässä viisiosaisen, psyykkistä kuormittuneisuutta mittaavan MHI-5 -mittarin (*Mental Health Inventory*, ks. liite 6.1) avulla. Ylimmässä tuloryhmässä merkittävästi psyykkisesti kuormittuneita oli yhdeksän prosenttia aikuisväestöstä, kun alimmassa tuloryhmässä heitä oli jo 15 prosenttia.

Oireista tarkasteltiin tavallisia psykosomaattisia oireita kuten kuumetta ja niska- tai selkäsärkyä (yleisistä oireista muodostettu mittari on kuvattu liitteessä 6.1). Vähintään neljää oiretta edeltävän 30 päivän aikana kokeneiden osuus oli yhteydessä tuloihin siten, että oirehtivia oli ylimmässä tuloryhmässä 28 prosenttia vastaajista, mutta alimmassa tuloryhmässä selvästi enemmän: 36 prosenttia.

Pienin tuloryhmittäinen ero havaittiin itse ilmoitettujen lääkärin toteamien vakavien kansantautien yleisyydessä (yleisimmistä kansantaudeista muodostettu mittari on kuvattu liitteessä 6.1). Ylimmässä tuloryhmässä näitä tauteja kertoi sairastavansa 59 prosenttia vastaajista ja alimmassa tuloryhmässä 62 prosenttia vastaajista. Tosin tautien yleisyys kasvoi tulosten pienentyessä niin, että nämä taudit olivat yleisimpiä toiseksi alimmassa tuloryhmässä. Alimman tuloryhmän osalta kyse voi siis osittain olla alidiagnosoinnista, mihin viittaavat osaltaan myös terveystulosten käytön vähäiset erot (kun palvelun tarvetta eli sairastavuutta ei ole otettu huomioon) sekä se, että esimerkiksi verenkiertoelinten tauteihin liittyvässä

ennenaikaisessa kuolleisuudessa on selvät tuloryhmien väliset erot. Myös valikoiva kato saattaa vaikuttaa asiaan.

Edellä mainittujen indikaattoreiden lisäksi taulukossa 6.1 esitetään myös viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana avohoidon lääkäripalveluja käyttäneiden ikä- ja sukupuolivakioidut osuudet eri tuloviidenneksissä vuonna 2014. Vuosittainen lääkäripalvelujen käyttö on väestössä melko yleistä, osuuden ollessa noin 70 prosenttia. Osuudet eri tuloryhmissä ovat hyvin samankaltaisia. Erojen pienuus johtuu kuitenkin siitä, että palvelujen tarvetta ei ole näissä luvuissa otettu huomioon (ks. Manderbacka ym. luku 12 tässä teoksessa). Terveyspalvelujen käytön tuloryhmäeroja käsittelevässä luvussa osoitetaan, että sosioekonomiset erot avohoidon palvelujen käytössä ovat edelleen suuria ja suurituloiset käyttävät palveluja pienituloisempia enemmän, kun palvelujen tarve otetaan huomioon (ks. luku 12). Avohoidon lääkäripalvelujen käytössä on myös aiemmin raportoitu suuria ja varsin pysyviä eroja. Suurituloiset käyttävät työterveyshuollon ja yksityisiä lääkäripalveluja pienituloisempia enemmän, kun taas terveyskeskusten lääkäripalvelut painottuvat pienituloisiin (Häkkinen & Nguyen 2010).

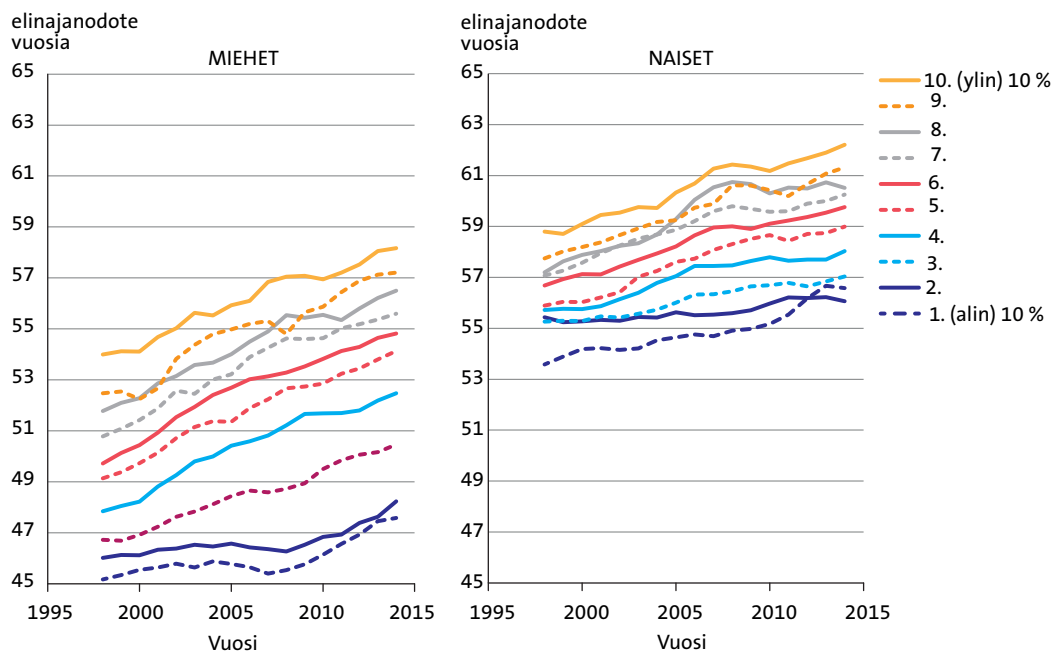
Sosioekonomisten terveyserojen kehitys

Seuraavassa tarkastellaan tuloryhmien välisten terveyserojen kehitystä kahden erityyppisen, mutta yleisesti käytetyn terveysmittarin valossa: kuolleisuutta kuvaavan elinajanodotteen ja koetun terveyden perusteella.

Aiemmat tutkimukset osoittavat, että vuosina 1988–2007 suomalaisten elinajanodote 35 vuoden iässä kasvoi selvästi kaikissa tuloryhmissä, paitsi alimmassa tuloviidenneksessä, jossa positiivinen kehitys pysähtyi varhain 1990-luvulla. Ero ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välillä 35-vuotiaan elinajanodotteessa kasvoi kyseisellä jaksolla miehillä 7,4 vuodesta 12,5 vuoteen ja naisilla 3,9 vuodesta 6,8 vuoteen. Suurin syy elinajanodote-erojen kasvuun tuolla aikavälillä oli työikäisten alkoholikuolleisuuden lisääntyminen alimmassa tuloviidenneksessä. Samaan suuntaan vaikutti lisäksi naisilla syöpäkuolleisuuden kasvu ja miehillä iskeemisiin sydänsairauksiin liittyvän kuolleisuuden hidas väheneminen alemmissa tuloryhmissä. (Tarkiainen ym. 2011.) Tutkijaryhmän myöhempi analyysi viittaa siihen, että elinajanodote-erojen kasvu on pysähtynyt (Tarkiainen ym. 2017).

Kuviossa 6.2 havainnollistetaan 25-vuotiaan elinajanodotteen kehitystä eri tulokymmenyksissä vuosina 1996–2014 miehillä ja naisilla käyttäen kolmen vuoden liukuvia keskiarvoja satunnaisvaihtelun pienentämiseksi. Kuvio osoittaa, että etenkin miehillä elinajanodote on useimpina vuosina ollut johdonmukaisesti sitä suurempi, mitä yleemmästä tulokymmenyksestä on kyse.

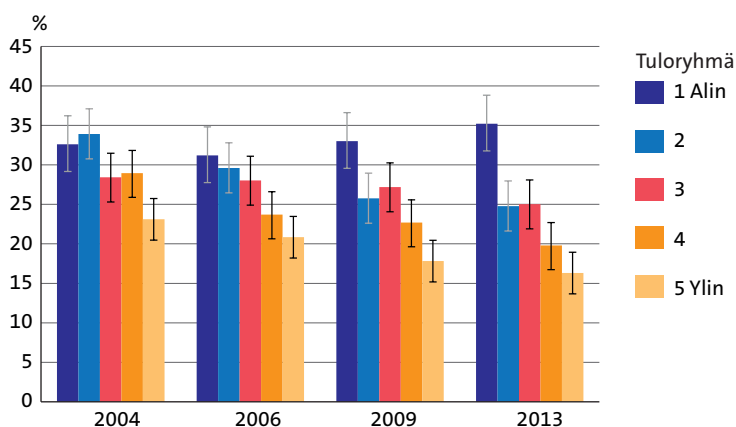
Elinajanodote kasvoi tarkastelujaksolla kaikissa tulokymmenyksissä, mutta kasvuvauhdissa oli eroja. Naisilla kasvu oli vähäisintä toiseksi alimmassa tuloryhmässä, kun taas alin tuloryhmä saavutti ja ohitti sen jakson loppuun mennessä. Miehillä



KUVIO 6.2. 25-vuotiaan elinajanodotteen kehitys tulokymmenyksittäin miehillä ja naisilla vuosina 1996–2014 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot, esim. '2014' = 2012–2014).
Lähde: EKSY-aineisto.

25-vuotiaan elinajanodotteen kasvu oli suurinta tulojakauman keskivaiheilla, naisilla puolestaan kahdessa ylimmässä tulokymmenyksessä. Tarkastelujakson lopussa ylimmän ja alimman tulokymmenyksen ero oli molemmilla sukupuolilla supistunut lähes yhdellä vuodella verrattuna huippuvuosiin eli 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen puoliväliin. Siitä huolimatta ero on edelleen huomattava: naisilla 5,6 vuotta ja miehillä peräti 10,6 vuotta. Tarkiaisen ym. (2017) tuloviidenneksiä koskeneen analyysin mukaan tuloryhmien välisten erojen kasvun pysähtyminen 2010-luvulla liittyi alkoholiperäisen, tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden vähenemiseen alimmissa tuloryhmissä erityisesti miehillä.

Samankaltainen tuloryhmien välinen ero on havaittavissa myös koetussa terveydessä, joka kuvaa henkilön omaa kokemusta terveydentilastaan kokonaisuutena. Kuviossa 6.3 esitetään terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi kokeneiden 18–79-vuotiaiden suomalaisten ikävakioidut osuudet vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Tiedot perustuvat Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen tietoihin. Kotitalouden tuloilla on merkittävä yhteys koettuun terveyteen: huono koettu terveys on kaikkina vuosina alimmissa tuloryhmissä ylimpiä tuloryhmiä yleisempää.



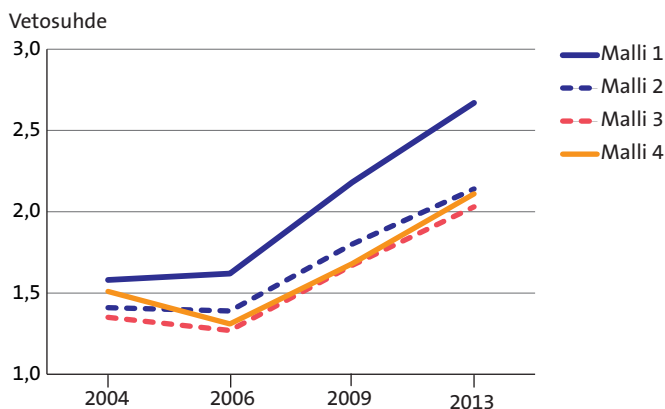
KUVIO 6.3. Terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi kokeneiden ikävakioitunut osuudet (%; 95 %:n luottamusvälit) 18–79-vuotiaista vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013 tuloviidenneksittäin. Lähde: Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus.

Suomalaisten koettu terveys koheni yleisesti tarkastelujaksolla, mutta trendi ei ole ollut samanlainen kaikissa tuloryhmissä. Alimman ja ylimmän tuloviidenneksen välinen kuilu keskitasaisen tai huonomman terveyden kokemuksessa kasvoi ajanjaksolla 1,4-kertaisesta yli kaksinkertaiseksi. Kyse ei ole kuitenkaan vain alimman ja ylimmän tuloryhmän välisistä eroista, sillä koettu terveys kohenee asteittain tulojen noustessa. Miesten ja naisten koetun terveyden trendi noudatti tutkimusjaksolla samoja linjoja, suhteessa oman sukupuolen keskiarvoon.

Terveyden tuloryhmäerot ja rakenteelliset taustatekijät

Tuloryhmien välisten terveyden erojen syitä voi tarkastella monesta näkökulmasta. Tärkeä havainto on, että tuloviidennekset eroavat toisistaan rakenteellisesti useiden muidenkin sosiodemografisten piirteiden suhteen.

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen mukaan vuosina 2004–2013 alimpaan tuloviidennekseen kuuluva oli muita tuloryhmiä todennäköisemmin vähän koulutettu, asui yksin ja oli työelämän ulkopuolella. Lisäksi alin tuloviidenneksen oli ylittä viidenneksen nuorempi, kun taas ylimmät tuloryhmät muodostuivat lähinnä 35–64-vuotiaista eli jo työuralleen vakiintuneista työikäisistä. Vaikka suomalaisten koulutusaste on noussut tasaisesti, alimman tuloviidenneksen koulutustaso ei ole 2000-luvulla enää juuri kohonnut: alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista puolet oli suorittanut korkeintaan perusasteen tutkinnon sekä vuonna 2004 että vuonna 2013. Ylimmässä tuloryhmässä korkeintaan perusasteen suorittaneiden osuus oli noin 15 prosenttia. Vielä senkin jälkeen kun iän ja su-



Malli 1: Kotitalouden tulot, ikä ja sukupuoli.

Malli 2: Kotitalouden tulot, ikä, sukupuoli ja koulutus.

Malli 3: Kotitalouden tulot, ikä, sukupuoli, koulutus ja pääasiallinen toiminta.

Malli 4: Kotitalouden tulot, ikä, sukupuoli, koulutus, pääasiallinen toiminta ja perhetyyppi.

KUVIO 6.4. Alimman ja ylimmän tuloviidenneksen suhteellinen ero vetosuhteena keskinkertaisessa tai sitä huonommassa koetussa terveydessä vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Lähde: Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus.

kupuolen merkitys vakioidaan, pientuloisin viidenne asuu muita ryhmiä todennäköisemmin yksin: yksinasujia on lähes 40 prosenttia. Lisäksi joukossa on verrattain paljon yksinhuoltajaperheitä. Varakkaimpien joukossa kahdestaan ilman lapsia asuvia avo- tai aviopareja oli hieman yli puolet ryhmästä, kun pienituloisimpien ryhmässä kahdestaan ilman lapsia asui noin neljännes. (HYPA-aineistot vuosilta 2004 ja 2013.)

Koska rakenteelliset tekijät, kuten koulutus, sukupuoli ja ikä, määrittävät tulotasoja, on syytä tarkastella sitä, johtuvatko tuloryhmien väliset terveyserot näistä ryhmien välisistä rakenteellisista eroista. Kuvioista 6.4 ja liitetaulukosta 6.1 ilmenee, missä määrin ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välinen suhteellinen ero (vetosuhde eli odds ratio, OR) keskinkertaisessa tai huonommassa koetussa terveydessä liittyy edellä kuvattuihin rakenteellisiin tekijöihin.

Tuloryhmien välinen ero kapeneekin jonkin verran kun rakenteelliset tekijät on huomioitu, mutta esimerkiksi vuonna 2013 alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien riski kokea terveytensä keskinkertaiseksi tai huonommaksi oli silti yli kaksinkertainen suhteessa parhaiten ansaitsevan viidenneksen vastaavaan riskiin vielä sen jälkeen, kun henkilön ikä, sukupuoli, koulutus, pääasiallinen toiminta ja perhetyyppi (lapsiperhe, pariskunta, yksinasuva, muu) oli vakioitu.

Vastaavasti sekä koulutusryhmien että työttömien ja työllisten välinen ero keskinkertaisessa tai huonommassa koetussa terveydessä oli tilastollisesti merkitsevä tuloista riippumatta (liitetaulukko 6.1, malli 4). Tämä viittaa siihen, että koulu-

tuksen ja työllisyyden vaikutus koettuun terveyteen välittyy myös muuten kuin pelkästään aineellisten resurssien kautta: korkea koulutus ja työssäkäynti vähentävät huonon koetun terveyden riskiä.

Johtopäätökset: tuloryhmien välisten terveyserojen kaventaminen vaatii rakenteellisia ja yksilötason keinoja

Yleisesti terveyserojen kaventaminen edellyttää sekä rakenteellisen tason että yksilö- ja yhteisötason toimenpiteitä, joita voidaan toteuttaa kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Terveyserojen kaventamisessa on yhtäältä kyse politiikoista, jotka vähentävät epätasa-arvoa ja yhteiskunnan jakautumisen vaikutusta, ja toisaalta toimista, jotka vähentävät huono-osaisten ryhmien altistumista terveyttä vahingoittaville tekijöille. Lisäksi huomionarvoisia ovat politiikat, jotka vähentävät heikompiosaisten ryhmien haavoittuvuutta ja vähentävät sairaudesta johtuvia epäedullisia sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä seuraamuksia. (Sihto 2016; Stringhini ym. 2017.)

Seuraavassa tarkastellaan lähemmin kolmea tärkeää keinojen ryhmää, joilla terveyseroihin voidaan vaikuttaa: rakenteellisen tason keinoja, terveyspalvelujärjestelmää ja elintapoihin vaikuttamista.

Rakenteellisella tasolla kyse on sosiaalisesta eriarvoisuudesta, jonka ilmentymiä terveydessä havaittavat erot osaltaan ovat. Tuloryhmittäisiin eroihin vaikuttaminen edellyttäisi siis tuloerojen kaventamista esimerkiksi progressiivisen verotuksen avulla. Tuloerojen kaventamisen keinoja on äskettäin tarkasteltu toisaalla (Hiilamo 2017). Yksilö- ja yhteisötasolla tärkeitä ovat muun muassa terveyttä mahdollistavat rakenteet ja ympäristöt, joiden tulisi olla tarjolla tulotasosta riippumatta. Terveyserojen kaventamiseksi on syytä puuttua niiden taustalla oleviin syytekijöihin, joihin tulot ja varallisuuskin lukeutuvat, ja vaikuttaa esimerkiksi politiikan ja lainsäädännön keinoin köyhyyteen, epätasa-arvoon ja syrjintään, koulutukseen, työoloihin ja asumiseen. Yhdyskuntasuunnittelulla ja kaavoituksella voidaan vahvistaa ja luoda turvallisia ympäristöjä, jotka tukevat ihmisten terveyttä tulotasosta ja asuinpaikasta riippumatta.

Yksi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirre on **palvelujärjestelmään** sisältyvä eriarvoistava rakenne, mihin on kiinnitetty huomiota lukuisissa kansainvälisissä arvioissa (Manderbacka 2011). Työterveyshuolto on tarjolla vain työssä käyvälle – ja näin ollen hyvätuloisemmalle – väestönosalle, kun julkinen terveydenhuolto on kaikkien käytettävissä. Yksityiset palvelut puolestaan ovat asiakkaalle julkisia palveluja kalliimpia, joten ainakaan pienituloisimmat eivät voi niitä käyttää. Palvelujärjestelmän ja sen rahoituksen uudistamisessa tulisi kiinnittää huomiota palvelujen hintojen kohtuullisuuteen ja väestön tarpeiden mukaisuuteen. Kuten tässäkin luvussa on todettu, niin sanottu käänteisen hoidon laki

pätee edelleen: hyvätuloiset käyttävät tarpeisiinsa nähden palveluja liikaa ja toisin päin.

Elintapoihin vaikuttaminen on kolmas keino terveyden tuloryhmäeroihin vaikuttamisessa rakenteelliseen tasoon ja palvelujärjestelmään vaikuttamisen ohella. Ihmisten terveyttä edistäviä valintoja, koskien esimerkiksi ravintoa, liikuntaa tai päihteitä, voidaan yhteisö- ja yksilötasolla tukea erilaisten interventtioiden, viestinnän ja sosiaalisen markkinoinnin keinoin. Nämä tukitoimet tulisi kohdentaa erityisesti heikoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin.

Yhtenä suurena tuloryhmittäisiä kuolleisuuseroja selittävänä tekijänä on alkoholikuolleisuus. Alkoholiin liittyvät kuolemat selittävät merkittävän osan tuloryhmien kuolleisuuserosta ja alkoholikuolleisuuden muutokset ovat olleet paljolti kuolleisuuserojen muutosten taustalla. Vuodesta 2000 vuoteen 2007 alkoholiin liittyvät syyt selittivät erojen kasvun lähes kokonaan (Mäkelä ym. 2017). Tuloryhmät eivät niinkään eroa käytetyn alkoholin määrän suhteen, vaan kyse on enemmän juomatavasta, josta aiheutuu eri tavalla haittoja niin käyttäjälle itselleen kuin heidän läheisilleen ja muille. Pia Mäkelä työtovereineen (2017) suosittelee paitsi suoraan juomatapoihin vaikuttamista muun muassa mini-intervention ja hoitoon pääsyn madaltamisen keinoin myös muihin terveyden riskitekijöihin vaikuttamista ja yleistä elinolojen parantamista. Alkoholin saatavuuden paraneminen ja hintojen alentaminen lisäävät kuolleisuutta eniten ryhmissä, joissa kulutus ja kuolleisuus ovat jo ennestään korkeita (mt.). Näin ollen alkoholin saatavuuden muutosten seuraukset näkyvät voimakkaimmin alimmissa tuloryhmissä.

On kuitenkin muistettava, että väestöryhmien välisten erojen kannalta myös sellaiset tekijät voivat olla tärkeitä, jotka eivät yleensä aiheuta nopeita väestön terveydentilan tai terveyserojen muutoksia lyhyellä aikavälillä. Esimerkiksi verenkiertoelinten taudit selittävät alkoholiehtoisen kuolleisuuden ohella suuren osan tuloryhmien kuolleisuuseroista, vaikka niiden osuus erojen viimeaikaisista muutoksista on viimeainittua vähäisempi. Tämä johtuu siitä, että sairastavuus niihin kehittyi hitaammin eivätkä vuosittaiset muutokset niihin liittyvässä kuolleisuudessa ole yhtä nopeita kuin alkoholisyistä aiheutuvassa kuolleisuudessa. Pyrittäessä kaventamaan eroja elintapoihin vaikuttamalla onkin tärkeä kiinnittää huomiota alkoholin ohella myös muiden riskitekijöiden – kuten tupakoinnin ja ylipainon – vähentämiseen ja väestöryhmien välisten erojen pienentämiseen hyödyntämällä sekä rakenteellisia että yksilötason keinoja.

Alkoholin rinnalla tupakka on suuri terveysriski, ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja ja tuloryhmien välisten terveyserojen selittäjä. Merkittävimmät tupakoinnin aiheuttamat sairaudet ovat syöpä-, hengityselin- ja verenkiertoelimistön sairaudet. Lisäksi tupakointi aiheuttaa passiiviselle tupakoinnille altistuvien sairastumista sydänsairauksiin ja syöpään. Tuoreita tupakkapoliittisia ehdotuksia laadittaessa on kautta linjan otettu huomioon sosioekonomisten erojen vähentäminen ja poistaminen tupakka- ja nikotiinituotteiden käytössä. Ehdotukset kohdistuvat muun muassa verotukseen, nuorten tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn,

savuttomiin ympäristöihin, markkinointiin, tupakoinnin lopettamisen tukeen ja seurantajärjestelmiin. (STM 2018.)

Yksittäistä syytä terveyden tuloryhmäeroille ei siis voida esittää, mutta kansainvälisestä tutkimuksesta on johdettavissa useita mahdollisia selityksiä (esim. Mackenbach 2016). Lisäksi selitysmallien soveltuvuus vaihtelee kulttuurin ja hyvinvointijärjestelmän mukaan, mikä tulee ottaa huomioon kaventamiskeinoja etsittäessä. Suomen sisälläkin terveyden tuloryhmäerot vaihtelevat selvästi: maakunnittainen tarkastelu osoitti, että tuloryhmäerot kuolleisuudessa ovat suurimmillaan Pohjois- ja Etelä-Savon ja Kainuun maakunnissa, vaikka eroja havaitaan kaikissa maakunnissa (Parikka ym. 2017). Erojen kaventaminen edellyttää siis voimavarojen suuntaamista juuri näille alueille ja huomion kiinnittämistä etenkin siihen, että myös näiden maakuntien kaltaisilla haja-asutusvaltaisilla alueilla lähipalvelut ovat hyvin saatavilla. Lisäksi on varmistettava, että tulo- ja varallisuuserot pysyvät hallinnassa, sillä suuret erot ovat yhteiskunnalle haitallisia terveyden monella muullakin tavoin (Deaton 2013). Viime sijassa kyse on brittiläisen epidemiologin Michael Marmotin (2015) luonnehdinnan mukaan eriarvoisuudesta, joka perustuu vallan, varallisuuden ja voimavarojen eroihin. Ne puolestaan johtavat sellaisiin arkielämän ja elinolojen eroihin, jotka ilmenevät terveydessä.

Tämän luvun aikaisempi versio on julkaistu Suomen sosiaalinen tila -sarjan raporttina 3/2017: Karvonen, Sakari & Martelin, Tuija & Kestilä, Laura & Junna, Liina (2017): Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lähteet

- Bjorner, Jakob B & Fayers, Peter & Idler, Ellen (2005): Self-rated health. Assessing quality of life. Teoksessa: Peter M. Fayers & Hays, Ron D. (toim.): Assessing quality of life in clinical trials: methods and practice. Oxford University Press, 309–323.
- Cuijpers, Pim & Smits, Niels & Donker, Tara & ten Have, Margreet & de Graaf Ron (2009): Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research* 2009 Aug 15; 168(3), 250–5.
- Deaton, Angus (2013): What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities? Teoksessa: Nir Eyal & Samia A. Hurst & Ole F Norheim & Dan Wikler (toim.): *Inequalities in Health*. New York: Oxford University Press, 263–281.
- De Looper, Michael & Lafortune, Gaëtan (2009): Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. Paris: OECD Health Working Papers (43), 1.
- Erdil, Erkan & Yetkiner, I. Hakan (2004): A panel data approach for income-health causality. FNU-47. Ankara, Turkey: Middle East Technical University.
- Hiilamo, Heikki (2014): Is income inequality 'toxic for mental health'? An ecological study on municipal level risk factors for depression. *PlosOne*. March 27, DOI: 10.1371/journal.pone.0092775, 2014
- Hiilamo, Heikki (2017): 15 reseptiä tuloerojen kaventamiseksi. Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö.
- Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien (2010): Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi* 2010:2.
- Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Mäki-Opas, Tomi (toim.) (2017): *Terveys sosiologian linjoja*. Helsinki: Gaudeamus.
- Kinnunen, Jaana & Pere, Lasse & Raisamo, Susanna & Katainen, Anu & Ollila, Hanna & Rimpelä Arja (2017): Nuorten terveystapa-tutkimus 2017: Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö sekä rahapelaaminen. Raportteja ja muistioita 2017:28. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Koponen, Päivikki & Borodulin, Katja & Lundqvist, Annamari & Sääksjärvi, Katri & Koskinen, Seppo (toim.) (2018): *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laaksonen, Mikko & Prättälä, Ritva & Helasoja, Ville & Uutela, Antti & Lahelma, Eero (2003): Income and health behaviours. Evidence from monitoring surveys among Finnish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(9), 711–717.
- Mackenbach, Johan P. (2016): The persistence of health inequalities in modern welfare states. The explanation of a paradox. Teoksessa Johan P. Mackenbach JP. (toim.): *Health inequalities in Europe. New insights from comparative studies*. Rotterdam: Erasmus MC, 179–192.
- Manderbacka, Kristiina (2011): Terveystieteiden rakenteet, rahoitus ja oikeudenmukaisuus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48(1):1–3.
- Marmot, Michael (2015): *The Health Gap*. London: Bloomsbury.
- Maunu, Antti (2014): Kuinka terveyttä tehdään. Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. EHYT Katsauksia 1, 2014.
- Mäkelä, Pia & Martikainen, Pekka & Peltonen, Markku (2017): Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- OECD (2016): *Health at a glance: Europe 2016. State of health in the EU cycle*. DOI:10.1787/9789264265592-en.
- Paananen, Reija & Ristikari, Tiina & Merikukka, Marko & Rämö, Antti & Gissler, Mika (2012): Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Parikka, Suvi & Martelin, Tuija & Koskela, Timo & Härkänen, Tommi & Kilpeläinen, Katri & Tarkiainen, Lasse & Koskinen Seppo (2017): Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnossa 1996–2014. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Parikka, Suvi & Kilpeläinen, Heikki & Koskeniemi, Timo & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu & Koskinen, Seppo & Lounamaa, Anne (2018): *Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Verkkojulkaisu: thl.fi/finnote*.

- Pickett, Kate & Wilkinson, Richard (2015): Income inequality and health: A causal review, *Social Science & Medicine* 128: 316–326.
- Rambotti, Simone (2015): Recalibrating the spirit level: an analysis of the interaction of income inequality and poverty and its effect on health. *Social Science Medicine* 139, 123–131.
- Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) (2007): *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saarela, Heidi & Mäki-Opas, Tomi & Silvenoinen, Karri & Borodulin, Katja (2015): Sosiodemografiset erot suomalaisten hyötyliikunnassa. *Liikunta & Tiede* 52(1), 55–63.
- Sihto, Marita (2016): Terveiden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalis-rakenteellinen ja kolmas tie. Teoksessa: Marita Sihto & Sakari Karvonen (toim.): *Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja*. Teema 24. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 12–37.
- Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) (2013): *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- STM (2018): *Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittäminen*. Työryhmän toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 21/2018.
- Stringhini, Silvia & Carmeli, Christian, & Jokela, Markus & Avendano, Mauricio & Muennig, Peter & Guida, Florence & Ricceri, Fulvio ym. (2017): Socioeconomic status and the 25 X 25 risk factors as determinants of premature mortality: A multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 389, 1229–1237. doi:S0140-6736(16)32380-7 [pii].
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Valkonen, Tapani (2011): Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. *Suomen Lääkärilehti* 66(48), 3651–3657.
- Tarkiainen, Lasse (2016): Income and mortality – the dynamics of disparity: a study on the changing association between income and mortality in Finland. Helsinki: Publications of the Faculty of Social Sciences 16. Sociology. University of Helsinki.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Peltonen, Riina & Remes, Hanna (2017): Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. *Suomen Lääkärilehti* 72(9), 588–593.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2006): *Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence*. *Social Science & Medicine* 62(7), 1768–1784.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2018): *The inner level: how more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's wellbeing*. London: Allen Lane.

Liitteet

Liite 6.1. Tutkimuksessa käytetyt mittarit

PYLL-indeksi (*Potential Years of Life Lost*) ilmaisee tietyllä ikävälillä tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärän väestössä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti. Ennenaikaisen kuoleman yläikäraja on THL:n tuottamassa PYLL-indeksissä asetettu 80 vuoteen, joka vastaa suomalaisen elinajanodotetta. Esimerkiksi 30-vuotiaana kuolleen lasketaan menettäneen 50 vuotta, 50-vuotiaana kuolleen 30 vuotta jne.

25-vuotiaan elinajanodote tietyssä tuloryhmässä kertoo keskimääräisen jäljellä olevan elinajan (vuosina), jos henkilö pysyisi samassa ryhmässä koko loppuikänsä ja jos myös ikäryhmittäiset kuolemanvaaraluvut säilyisivät muuttumattomina kyseisessä tuloryhmässä. Elinajanodote siis tiivistää tiedot tarkasteluhetkellä tietyssä väestössä tai sen osaryhmässä vallitsevasta ikäryhmittäisestä kuolleisuudesta yhteen vertailun mahdollistavaan lukuun, johon ikärakenne tai sen muutos ei vaikuta; se ei ole ennuste sen paremmin yksilö- kuin väestötasollakaan.

Koettu terveys on yleisen subjektiivisen terveyden mittari. Vastaajaa pyydetään tyypillisimmin arvioimaan terveydentilaansa viisiportaisella asteikolla. Vaikka tunnusluku on yksinkertainen, sen on todettu olevan yhteydessä sekä kuolleisuuteen että funktionaaliseen terveyteen ja kroonisiin sairauksiin (Bjorner ym. 2005). Lukuisat tahot kuten OECD:n terveyskomitea (De Looper & Lafortune 2009) suosittelevat tunnuslukua käytettäväksi väestöryhmien terveydentilaa koskeviin vertailuihin.

Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus (MHI-5) viittaa siihen, että henkilöllä on mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö tai jokin muu mielenterveyshäiriö (esim. Cuijpers ym. 2009). Väestön sairaustaakasta merkittävä osa johtuu mielen terveyden häiriöistä. Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä ja heikentävät elämänlaatua enemmän kuin useimmat ruumiilliset sairaudet. Mielenterveyshäiriöt lisäävät myös riskiä sairastua muihin sairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin ja masennukseen. MHI-5 muodostuu viidestä kysymyksestä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa. Vastaus sijoittuu jatkumolle, jonka toinen ääripää edustaa psyykkistä kuormitusta ja toinen positiivista mielialaa. ”Seuraavat viisi (5) kysymystä koskevat sitä, miltä Teistä on tuntunut 4 viime viikon aikana. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne. Kuinka suuren osan ajasta olette 4 viime viikon aikana: Ympyröikää yksi numero joka riviltä.” Kysymyspatterin alakysymyksinä kysyttiin a) ollut hyvin hermostunut, b) tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää teitä c) tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi d)

tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi ja e) ollut onnellinen. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) koko ajan, 2) suurimman osan aikaa, 3) huomattavan osan aikaa, 4) jonkin aikaa, 5) vähän aikaa, 6) en lainkaan. Kuhunkin kysymykseen vastataan asteikolla 1–6. Lopullisen pistemäärän laskemiseksi pistemäärät kysymyksiin c) ja e) muunnetaan käänteiseen järjestykseen, minkä jälkeen pisteet lasketaan yhteen (summapistemäärä välillä 5–30) ja muutetaan asteikolle 0–100. Psykykinen kuormittuneisuus voidaan raportoida jatkuvana muuttujana tai käyttää katkaisukohtana pistemäärää 52, jolloin 52 tai sen alle pistettä saavilla on jo kliinisesti merkittävää psyykkistä kuormittuneisuusoireilua. Tarkastelussa ovat skaalatun pistemäärän enintään 52 pisteen vastanneiden osuus. (Lähde: Terveys.fi.)

Vakavia kansantauteja tutkittiin pyytämällä vastaamaan kysymykseen: ”Onko Teillä ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana?” Vastausvaihtoehtoina olivat kyllä tai ei ja vastaajalle lueteltiin kolme toista yleistä sairautta, joista vakavien kansantautien tunnuslukuun sisällytettiin seuraavat yhdeksän: 1) diabetes, 2) kohonnut verenpaine tai verenpainetauti, 3) aivohalvaus, 4) sydänveritulppa tai sydäninfarkti, 5) sepelvaltimotauti tai angina pectoris (= rintakipua rasituksessa), 6) syöpä, 7) nivelreuma tai muu niveltulehdus, 8) selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus sekä 9) pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus tai keuhkolaajentuma. Iäkkäimmillä, yli 74-vuotiailta vastaajilta mukaan otettiin myös polven tai lonkan kulumavika (nivelrykkö), jota ei muilta kysytty. Tarkastelussa oli vastaajat, joilla oli ainakin yksi yhdeksästä luetellusta kansantaudista.

Tavallisten **oireiden esiintymistä** kysyttiin seuraavasti: ”Onko Teillä ollut seuraavia oireita tai vaivoja 30 viime päivän aikana?” Vaihtoehtoina olivat kyllä tai ei ja kaikkiaan erilaisia oireita tai vaivoja listattiin 13 erilaista. Näistä oirehtimista kuvaavaan tunnuslukuun valittiin seuraavat yksitoista: 1) kuumetta (yli 38 astetta), 2) päänsärkyä, 3) yskää, 4) ripulia tai oksentelua (vähintään kolme kertaa vuorokaudessa vähintään yhtenä päivänä), 5) oksentelua, 6) nivelsärkyä, 7) selkäkipua tai selkäsärkyä, 8) rintakipua rasituksessa, 9) unettomuutta, 10) vatsavaivoja tai 11) virtsanpidätysongelmia. Tarkastelussa ovat vastaajat, joilla esiintyi vähintään neljää oiretta tai vaivaa edeltävän kuukauden aikana.

LIITETAULUKKO 6.1. Vetosuhteet (OR, 95 %:n luottamusväli) keskinkertaiselle tai huonommalle koetulle terveydelle tuloryhmittäin vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013.

Lähde: Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus.

	2004		2006		2009		2013	
	OR	95%:n LV	OR	95 %:n LV	OR	95%:n LV	OR	95%:n LV
Malli 1. Tulot.								
1. Ylin	1,00		1,00		1,00		1,00	
2.	1,34*	1,07–1,69	1,20	0,96–1,51	1,31*	1,02–1,69	1,24	0,96–1,56
3.	1,30*	1,04–1,64	1,46*	1,17–1,84	1,68*	1,32–2,15	1,72*	1,34–2,19
4.	1,62*	1,30–2,02	1,45*	1,17–1,81	1,48*	1,16–1,90	1,64*	1,30–2,08
5. Alin	1,58*	1,25–1,99	1,62*	1,29–2,03	2,18*	1,70–2,79	2,67*	2,06–3,44
Ikä	1,03*	1,03–1,04	1,04*	1,04–1,05	1,04*	1,03–1,04	1,05*	1,05–1,06
Mies	1,00		1,00		1,00		1,00	
Nainen	0,79*	0,68–0,90	0,91	0,79–1,05	0,96	0,82–1,12	0,86	0,74–1,00
Malli 4. Tulot.								
1. Ylin	1,00		1,00		1,00		1,00	
2.	1,34*	1,06–1,69	1,10	0,87–1,39	1,23	0,95–1,59	1,17	0,91–1,51
3.	1,30*	1,02–1,66	1,30*	1,03–1,66	1,52*	1,17–1,97	1,55*	1,19–2,00
4.	1,59*	1,24–2,04	1,24*	0,97–1,59	1,26*	0,96–1,65	1,44*	1,10–1,87
5. Alin	1,51*	1,16–1,97	1,31*	1,01–1,70	1,68*	1,27–2,24	2,11*	1,57–2,83
Ikä	1,03*	1,02–1,03	1,04*	1,03–1,05	1,04*	1,03–1,05	1,05*	1,05–1,06
Mies	1,00		1,00		1,00		1,00	
Nainen	0,79	0,69–0,92	0,90	0,78–1,04	0,99	0,84–1,16	0,88	0,76–1,03
Korkeakoulutus	1,00		1,00		1,00		1,00	
Keskiaste	1,21*	1,00–1,46	1,69*	1,24–2,31	1,38*	1,12–1,69	1,50*	1,25–1,81
Peruskoulutus	1,25*	1,02–1,54	1,93*	1,37–2,70	1,53*	1,22–1,91	1,64*	1,31–2,04
Töissä	1,00		1,00		1,00		1,00	
Muu	0,86	0,64–1,17	1,13	0,82–1,56	1,09	0,75–1,58	1,24	0,85–1,83
Työtön	1,47*	1,10–1,97	1,28	0,93–1,77	1,86*	1,35–2,56	1,47*	1,04–2,07
Eläkeellä	1,04	0,80–1,36	1,12	0,86–1,44	1,06	0,82–1,36	0,85	0,67–1,09
Lapsiperhe	1,00		1,00		1,00		1,00	
Lapseton pariskunta	1,42*	1,14–1,77	1,11	0,90–1,38	1,10	0,87–1,38	1,14	0,90–1,46
Useita aikuisia	1,53*	1,21–1,94	1,49*	1,04–2,12	1,11	0,73–1,70	1,12	0,73–1,71
Yksinhuoltaja	1,26	0,78–2,04	1,07	0,65–1,76	1,00	0,56–1,81	0,97	0,57–1,67
Yksinasuja	1,18	0,94–1,48	1,08	0,86–1,36	1,16	0,90–1,49	1,10	0,85–1,43

*p<0,05